

様式 7

アドバイス・レポート

令和 7 年 4 月 8 日

令和 7 年 2 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 特別養護老人ホーム 大原ホーム 様につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

特に良かった点とその理由(※)	<p>1. 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 階層別研修として、「大原ホーム研修計画」で、1年目・2年目・全職員・管理者の研修体系を整備し、職員の研修受講計画を策定して実施していました。看取り研修など外部研修の受講も実施していました。資格取得支援として、介護福祉士実務者研修の受講を勤務扱いに、介護福祉士喀痰吸引研修・看取りケア専門士の受講費用の法人負担、介護福祉士・介護支援専門員の受験対策講座を法人で開催していました。また、「目標設定用紙」に職員の個別目標を記載し、達成度を上司と検討していました。</p> <p>2. 人権の尊重、プライバシーの保護 法人理念や行動指針による利用者の人権や尊厳を尊重したサービス提供について、事業計画に反映していました。さらに、会議や委員会で振り返り、次年度の計画に反映していました。「サービスチェックシート」の項目に沿って半年ごとに、先輩職員と後輩職員が介護場面に立ち会って支援方法の相互チェックを行っていました。</p> <p>3. 質の向上に対する検討体制 各部門の職員が、強み、弱み、課題等を出し合い、その内容がフロアリーダーミーティング、管理者ミーティングで共有されていました。サービスの質については、毎月フロアリーダーミーティングで検討していました。サービス内容が変更された場合は、介護記録ソフト内の掲示板と印刷したもので周知をする仕組みがありました。法人内の他事業のアンケート結果も共有し、情報収集を行っていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. サービス移行時の連携・相談対応 担当の介護支援専門員と連携し、サービス移行調整をしていましたが、サービスの継続性に配慮した手順と手続きを定めた文書がありませんでした。</p> <p>2. 第三者への相談機会の確保 利用者の相談機会の確保として、外部の人材を受け入れがありませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>1. サービス移行時の連携・相談対応 他の介護施設や在宅サービスへの移行時には、適宜適切に情報提供をされているようですが、今後担当者が変更になったり経験の少ない職員が担当した場合などでも、同じようにスムーズな支援ができるように、情報提供の手順や内容を記載したマニュアル等を策定されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 第三者への相談機会の確保 アンケートの実施や意見箱の設置により、意見や要望を聞き出す仕組みは確立していますが、事業所へ意見・要望を言いにくい利用者もおられるのではないのでしょうか。そこで、地域の方やボランティアなどの外部の人材を活用し、利用者と直接会話を通して意見・要望を集約してもらう方法も有効ではないのでしょうか。法人や事業所の取り組みとして介護相談員のような仕組みを検討されてはいかがでしょうか。</p>
-----------	--

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670600051
事業所名	特別養護老人ホーム 大原ホーム
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	短期入所生活介護・通所介護
訪問調査実施日	令和7年3月12日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
		理念の周知と実践	1	組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		組織体制	2	経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A
		(評価機関コメント)		1. 理念と運営方針をホームページやパンフレットに明記し、理念に基づいたサービス提供として特に看取りの実践に力を入れていました。朝礼で理念を唱和し全職員に配布の法人の手帳に理念を掲載するなど職員への周知と理解に取り組んでいました。また、契約時の事前面接で利用者や家族に理念の説明をしていました。 2. 法人の経営会議・管理者ミーティングや事業所の管理者・フロアリーダー・フロア・居室班・看護会議を開催し、職員の意見を反映する案件別の意思決定の仕組みがありました。各職種の職務は「各職種の責任と役割」や「大原看護介護基準」に明記していました。		
(2) 計画の策定						
		事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの質の向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	A	B
		業務レベルにおける課題の把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A
		(評価機関コメント)		3. 「令和6年度の事業計画」として単年度の事業の数値目標や施設の改修予算額などを示し、「バランス・スコアカード」に5つの取り組み項目（褥瘡予防・身体拘束・快眠・快食・快便）を定め、具体的な取り組み内容を示していました。法人理念の具体化に向けて通年を通して取り組んでいるとのことでしたが、中長期計画としての具体的な明示はありませんでした。 4. 事業所の事業計画にそって、1・2階の各フロアで課題を設定し取り組み、年2回の進捗状況の確認をしていました。		
(3) 管理者等の責任とリーダーシップ						
		法令遵守の取り組み	5	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	A	A
		管理者等によるリーダーシップの発揮	6	経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため事業運営をリードしている。	A	B
		管理者等による状況把握	7	経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A

	(評価機関コメント)	<p>5. 施設長は、法人の法令遵守・プライバシー保護・ハラスメントの勉強会に参加し、事業所の管理者会議等で職員に伝えていました。関係法令のリストを作成し、パソコンや事務所に設置の法令集ですぐに調べられる体制がありました。</p> <p>6. 施設長の役割は、「各職種の責任と役割」に明記していました。施設長は事業所管理者会議に出席し、他の会議には出席の係長から報告を聞いて事業運営に反映をさせていました。また、毎朝事業所内をラウンド（巡視）して職員から意見を聞いていました。しかし、施設長自らの行動が職員から信頼を得ているか把握・評価する方法はありませんでした。</p> <p>7. 施設長は、事業所を離れるときは携帯電話を所持し、常に連絡がつく体制がありました。日常の業務については、施設内のラウンドでの職員との意見交換や業務日誌で随時把握していました。緊急時連絡網を整備し、緊急事態には直ちに報告を受け指示を行う体制がありました。</p>
--	------------	--

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価

II 組織の運営管理

(1) 人材の確保・育成

総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
質の高い人材の確保	9	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	A	A
計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	A	A
実習の受け入れ	11	実習の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	A	A
(評価機関コメント)		<p>8. 職員に配布している手帳の中の「行動指針」に、法人の期待する職員像を示していました。人事に関する指針を「昇給推薦書（基礎能力・習熟度・人材育成能力・チームワークの大切さ他）」の中に明示していました。年2回人事考課記入シートを用いて職務の成果や貢献度を評価していました。法人が「キャリアデザイン制度」を定め、キャリアパスの仕組みを構築していました。</p> <p>9. 法人の「工数管理表」に必要な職員や有資格者の人数と現時点での不足人数を把握する仕組みがありました。SNSやホームページ・採用パンフレットを活用し、効果的な人材確保に取り組んでいました。</p> <p>10. 階層別研修として、「大原ホーム研修計画」で、1年目・2年目・全職員・管理者の研修体系を整備し、職員の研修受講計画を策定して実施していました。看取り研修など外部研修の受講も実施していました。資格取得支援として、介護福祉士実務者研修受講の勤務扱い、介護福祉士喀痰吸引研修・看取りケア専門士の受講費用の法人負担、介護福祉士・介護支援専門員の受験対策講座を法人で開催していました。また、「目標設定用紙」に職員の個別目標を記載し、達成度を上司と検討していました。</p> <p>11. 実習受け入れマニュアルを整備し、受け入れ担当者や手順を明記していました。大学の社会福祉士の実習を受け入れており、受け入れ担当者は大学担当者と打合せを行いその中で実習指導の研修も兼ねた内容となっていました。</p>		

(2) 労働環境の整備

労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	A	A
ストレス管理	13	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、職員が充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	A	A

	(評価機関コメント)	12. 有給休暇は希望により適切に取得ができていて、職員ヒアリングでも必要な時に取得ができていたと聞き取りました。上司の年2回の考課面談で、職員の就業状況や意向を聞き取り、法人人事部で分析・検討していました。ワーク・ライフ・バランスとして、育児休業終了後の時間短縮勤務や男性の育児休業の取得もありました。職員の負担軽減として、パソコンによる記録ソフトの導入や機械浴・スライディングボードの活用・見守りセンサー・ナースコール連動のPHSの全職員の携帯がありました。 13. メンタルヘルスの相談窓口は産業医が担当する他、法人の「こころの相談窓口」を設置していました。臨床心理士による面談がありました。組織や上司への要望・不満は、年2回の上司面接で集約し法人人事部で対応していました。福利厚生は、会員制の旅行や宿泊ホテルの割引利用ができ、永年勤続表彰制度もありました。休憩場所は、適切な広さと設備がありました。ハラスメントの規程があり、「こころの相談窓口」で相談ができました。			
(3) 地域と交流					
	地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	B
	地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	A	A
	地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	B
	(評価機関コメント)		14. 法人機関紙「orinas」（年4回発行）を発行していました。地域のイベント開催ポスターを玄関に掲示し利用者に情報提供していました。大原SOSネットワークに参画し、行方不明の認知症の方の捜索に協力していましたが、地域とのかかわり方について基本的な考え方を明文化したものではありませんでした。 15. ボランティア受け入れマニュアルを整備して、受け入れの基本姿勢や受け入れの手順を明記していました。事前に受け入れの際の注意事項や業務の内容について説明をしていました。地域の祭りの神輿が事業所玄関まで回ってきた際に、職員が利用者の見物の支援をしたり、職員が付き添い紅葉見物に出かけていました。職場体験の受け入れの手順書を整備し受け入れの基本姿勢を明文化し、中学性の職場体験の受け入れをしていました。 16. 地域の小中学校の人権学習や車いす体験に職員を派遣していました。利用者や家族に、「看取り」をテーマにした講演会と交流会を事業所で開催していましたが、地域に対して事業所の特性を活かした地域貢献活動は行っていませんでした。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						
(1) 情報提供						
		事業所情報等の提供	17	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	A
		(評価機関コメント)		17. ホームページ・パンフレットは文字が大きく部署ごとにまとめられており、見やすいものになっていました。施設見学について対応の記録をしていました。		
(2) 利用契約						
		内容・料金の明示と説明	18	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	A	A
		(評価機関コメント)		18. 利用者や家族へ契約前に重要事項説明書を送付し内容確認の上で、契約時には説明をして同意の署名を得ていました。権利擁護事業等は法人内の総合相談窓口を設けており、必要時に相談する仕組みがありました。		
(3) 個別状況に応じた計画策定						
		アセスメントの実施	19	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A

利用者・家族の希望尊重	20	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A
専門職種を含めた意見集約	21	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・リハビリ職（OT/PT/ST等）・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A
個別援助計画等の見直し	22	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	A
(評価機関コメント)		19. 介護記録ソフトのアセスメント様式を活用しアセスメントしていました。利用者の情報をよく知るために入所時事前アンケートをとっていました。アセスメントは「実践マニュアル」に沿って3カ月に1回実施していました。 20. 施設サービス計画書は利用者やその家族の希望を取り入れた内容となっていました。施設サービス計画書には説明の上同意の署名を得ていました。サービス担当者会議にはできる限り、利用者、家族の参加があり、参加ができない場合にはオンライン参加の他、電話や面会時に聞き取りをしていました。 21. サービス担当者会議には介護職員・介護支援専門員・看護師・理学療法士・管理栄養士・生活相談員が参加して意見を集約していました。 22. 「実践マニュアル」にてモニタリングは3カ月に1回、施設サービス計画書は6カ月に1回、利用者の状態変化、看取り時に見直す基準がありました。計画書通りにサービスを実施しているか確認し記録をしていました。些細な利用者の変化にも対応できるように、すぐに集まり短時間で「クイックカンファレンス」を実施していました。		
(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	B
(評価機関コメント)		23. 看護師や生活相談員が嘱託医と情報交換していました。入院した利用者の退院時カンファレンスに参加し連携していました。SOSネットワークや左京区在宅医療・介護連携支援センターと連携し、地域の問題解決に取り組んでいました。 24. 担当の介護支援専門員と連携し、サービス移行調整をしていましたが、サービスの継続性に配慮した手順と手続きを定めた文書がありませんでした。		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）が整備され、スタッフに活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	A	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	A	A
職員間の情報共有	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		25. 業務マニュアルとして「実践マニュアル」を整備していました。自立支援や事故防止など具体的な内容にすることで実用性がありました。年1回更新する基準を明記していました。マニュアルに沿ったサービス提供ができていたかを「サービスチェックシート」を活用し確認していました。 26. 施設サービス計画書に基づいたサービスの記録を介護記録ソフトに入力していました。「管理マニュアル」に記録の保管・保存・持ち出し・廃棄について規定していました。個人情報保護に関する研修を実施していました。 27. 施設サービス計画書の変更については申し送りや朝礼で共有してました。フロア会議で職員の意見を集約していました。介護記録ソフトで記録を共有してました。職員個々にIDとパスワードを設定し、情報管理をしていました。 28. 面会時（オンライン面会を含む）に家族に対して利用者の状況報告をしていました。面会に来られない家族へは3カ月に1回電話で情報交換をしていました。		

(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
事業所内の衛生管理等	30	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		29. 「大原記念病院グループ感染防止方針」と「感染症マニュアル」を策定していました。「感染症マニュアル」は随時更新していました。法人の「感染予防基礎知識」に基づいて研修を実施していました。二次感染を防ぐため個室等を活用していました。 30. 施設は整理整頓できていました。清掃は外部業者に委託し、清掃点検表を設置していました。		
(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	31	事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
事故の再発防止等	32	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
災害発生時の対応	33	災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	B
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)		31. 「事故緊急時マニュアル」を整備していました。事故緊急時マニュアル内に指揮命令系統を明示していました。事故対策委員会で実際の事故報告書の内容に基づいて勉強会を実施していました。 32. 事故対策委員会を月1回実施し、事故・ヒヤリハットの再発防止策を検討していました。例えば、転倒事故を時間や場所で分析し、転倒予防の対策を立てたうえマニュアルの変更をしていました。 33. 「災害マニュアル」を策定していました。火災発生時の避難訓練を夜間想定を含め年2回実施していました。左京区の自衛消防訓練大会に大原ホームとして参加していました。災害時の対応について消防署職員から研修を受けていました。「災害マニュアル」には地域での災害時の法人としての役割を明記していましたが、地域との訓練などは実施していませんでした。 34. 災害及び感染症のBCP（事業継続計画）を作成していました。内容もハザードマップに基づく水害、施設の孤立を想定した内容となっていました。BCP訓練の計画に基づき自然災害（水害）時の避難訓練を実施していました。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
IV 利用者保護の観点						
(1) 利用者保護						
		人権等の尊重	35	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A
		利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護に配慮したサービス提供を行っている。	A	A
		プライバシー等の保護	37	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
		利用者の決定方法	38	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A

(評価機関コメント)	<p>35. 法人理念や行動指針による利用者の人権や尊厳を尊重したサービス提供について、事業計画に反映していました。さらに、会議や委員会で振り返り、次年度の計画に反映していました。「サービスチェックシート」の項目に沿って半年ごとに、先輩職員と後輩職員が介護場面に立ち会って支援方法の相互チェックを行っていました。</p> <p>36. 「虐待防止・身体拘束廃止マニュアル」を作成していました。高齢者虐待防止・身体拘束廃止委員会が中心となり、日々のサービスの振り返りや、不適切ケアに対する対応について検討していました。</p> <p>37. 「サービスチェックシート」では、プライバシー保護について確認する項目もあり、各種マニュアルにも羞恥心への配慮について記載がありました。コンプライアンス研修も実施し、プライバシー保護についての研修がありました。</p> <p>38. 入所判定委員会で公正に入所を決定していました。利用申し込みを受け入れられない場合は、説明のうえ他の医療機関や施設を紹介していました。困難ケースであっても、事業所内の嘱託医や各専門職と連携しながら受け入れていました。</p>
------------	---

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	39	利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備され、利用者等に周知されている。	A	A
意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	A	A
第三者への相談機会の確保	41	公的機関等の窓口相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	B	B
(評価機関コメント)		<p>39. 玄関に意見箱の設置や年1回の「利用者・家族アンケート」を実施し、担当者が集約していました。また、介護・看護職、介護支援専門員等の各専門職が利用者からの意見などを記録に残し、カンファレンスで共有していました。</p> <p>40. 苦情対応マニュアルを整備していました。意見・要望・苦情をもとに、サービス内容やイベントを変更していることがありました。苦情と改善状況を法人ホームページで公開していました。</p> <p>41. 第三者の相談窓口を設置していました。連絡先は重要事項説明書に記載するほか、事業所のロビーに掲示していました。利用者の相談の機会として外部人材の受け入れはありませんでした。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている	A	A
質の向上に対する検討体制	43	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	A	A
評価の実施と課題の明確化	44	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている	A	A
(評価機関コメント)		<p>42. 「利用者・家族アンケート」を実施していました。結果を担当者が集計し、各フロア会議で分析・検討をしていました。前年度のアンケート結果と比較し、改善と悪化した項目を確認のうえ課題を管理者ミーティングで共有していました。</p> <p>43. サービスの質については、毎月フロアリーダーミーティングで検討していました。サービス内容を変更した場合は、介護記録ソフト内での掲示板と印刷したもので周知をする仕組みがありました。法人内の他事業所のアンケート調査の結果も共有し、情報収集を行っていました。</p> <p>44. 介護・看護の職員が、サービス提供での課題と改善目標を出し合い、その内容をフロアリーダー・管理者ミーティングで共有のうえ取り組み、毎月評価をしていました。第三者評価は3年ごとに受診していました。</p>		